



**Jaka Strel,
Janko Strel**

Pogled specialista družinske medicine na organizacijo preventivnega zdravstvenega varstva na področju telesne dejavnosti in vlogo športnovzgojnega kartona oz. SLOfit sistema pri tem

A family medicine specialist's view of the organisation of preventive healthcare in the area of physical activity and the role of the sports educational chart i.e. the SLOfit system

Izvleček

V prispevku predstavljamo pomembno vlogo analize telesnega fitnesa otrok in mladine v občini Žiri kot enega od osnovnih diagnostičnih kazalnikov za pripravo strategije zdravstvene preventive za vse paciente. Kineziolog in profesor športne vzgoje imata v interdisciplinarnem timu, ki ga vodi zdravnik družinske medicine s pomočjo medicinske sestre in fizioterapevta, pomembno vlogo, ker imata osnovne informacije o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine (SLOfit), športni anamnezi, sodelujeta pri diagnostiki odraslih pacientov in otrok, analizi telesnega fitnesa otrok in mladine ter sta najbolj pomembna člana tega interdisciplinarnega tima pri načrtovanju in realizaciji športnih programov preventivnega zdravstva.

Na podlagi analize t. i. vrhniškega primera, kjer je obravnavo končalo 30 učencev in učenk ter 33 odraslih pacientov, ugotavljamo, da so tako odrasli kot otroci zanje ugodno spremenili telesno sestavo: zmanjšali so kožno gubo nadlahti, obseg pasu in trend pridobivanja telesne mase (otroci), na področju telesnega fitnesa pa so izboljšali gibljivost, mišično moč rok in nog, koordinacijo in ravnotežje. Pri odraslih je bilo zaznati trend boljše urejenosti arterijske hipertenzije in sladkorne bolezni.

Na podlagi praktičnih izkušenj ugotavljamo, da bo treba premostiti komunikacijske ovire med zdravstvom, šolstvom in športom. Ena od rešitev bi lahko bil projekt Moj SLOfit, kjer je staršem, učiteljem in zdravnikom omogočen vpogled v rezultate telesnega fitnesa osnovnošolskih otrok prek spletne aplikacije. Organizacijske rešitve po zgledu vrhniškega in žirovskega modela so dodana vrednost Centrom za krepitev zdravja ter primer interdisciplinarne obravnave ter povezovanja lokalnega okolja na področju zdravstvene preventive. Pri tem so za področje telesnega fitnesa ključne rešitve, ki jih omogoča uporaba rezultatov SLOfit in Žirfit sistema.

Ključne besede: preventivno zdravstvo, družinska medicina, kineziologija.

Abstract

This article presents the importance of the role of analysis of physical fitness of children and adolescents in the Municipality of Žiri as one of the basic diagnostic indicators for the preparation of a healthcare prevention strategy for all patients. A kinesiologist and a physical education teacher play important roles in an interdisciplinary team which is led by a family medicine specialist who is assisted by a nurse and physiotherapist, as the former have basic information about children's and adolescents' physical and motor development (SLOfit) and the sports anamnesis, they take part in the diagnostics of adult patients and children and analysis of children's and adolescents' physical fitness and are the most important members of the abovementioned interdisciplinary team in the planning and realisation of sports programmes in the framework of preventive healthcare.

Based on the analysis of the so-called 'Vrhnika case', where 30 pupils and 33 adult patients of both genders completed the protocol, we establish that both children and adults changed their body composition to their own advantage: their skin fold of upper arm, abdominal circumference and the weight-gaining trend (in children) were reduced, whereas as regards physical fitness, their flexibility, muscle strength of arms and legs, co-ordination and balance improved. In adults, a trend of better control over of arterial hypertension and diabetes was observed. Based on practical experience, we establish that communication barriers among the healthcare, school and sport systems will have to be overcome. Among the solutions could be the SLOfit project, where parents, teachers and physicians can have an insight into the physical fitness results of primary school children via a web application. The organisational solutions, following the examples of the Vrhnika and Žiri models, are a value added tool for the Health Promotion Centres as well as an example of interdisciplinary approach and integration of local environments in healthcare prevention. Hence, in the area of physical fitness, the solutions facilitated by the results of the SLOfit and Žirfit systems are of key importance.

Keywords: preventive healthcare, family medicine, kinesiology



■ Uvod

Zdravje je v večini sodobnih družb spoznano kot temeljna vrednota, saj je predpogoj za uresničevanje produktivnega življenja v osebni, socialni in ekonomski smislu (Zaletel-Kragelj, Eržen in Premik, 2007). Kako pomembno je za nas zdravje in kako ga cenimo, običajno spoznamo, ko se soočimo z lastno boleznijo ali boleznijo svojcev oziroma bližnjih. Ob hudi bolezni skrb za zdravje postane osrednji problem posameznika in njegove družine, saj se pogosto povsem nepripravljeno znajdejo v novih vlogah, ki z vsemi negativnimi posledicami na psihofizično in socialno stanje družine bistveno spremenijo njihovo dotedanjo dnevno rutino (Strel idr., 2016). Zato je izboljšanje zdravja prebivalstva oziroma zdravje za vse cilj vsake resnejše politike, kar lahko dosežemo z medsektorskim povezovanjem za doseganje dveh strateških ciljev, in sicer izboljšanje zdravja za vse; zmanjšanje neenakosti v zdravju ter izboljšanje vodenja in participativnega upravljanja za zdravje (»Zdravje 2020«, 2014). V istem dokumentu je Svetovna zdravstvena organizacija oz. njen regionalni urad za Evropo zapisal, da je primarno zdravstveno varstvo temelj zdravstvenih sistemov v 21. stoletju, saj lahko osnovno zdravstveno varstvo zadosti potrebam današnjega časa, tako da pomaga ljudem k boljši skrbi za lastno zdravje.

Zelo pomembna je opredelitev, kaj zdravje sploh je. Zdravje ni samo odsotnost bolezni, ekonomska in socialna blaginja, ampak ga lahko opišemo tudi kot sposobnost uspešnega prenašanja vsakodnevnih naporov in popolno uresničitev življenjskih možnosti, zato je pozitivno merilo stopnje zdravja tudi visoka raven telesnih sposobnosti (Mišigoj-Duraković, 2003).

Naše zdravje je v veliki meri odvisno od našega življenjskega sloga, ki ga opredeljuje naš način življenja od otroštva dalje in se oblikuje pod vplivom življenjskih izkušenj, razmer in okolja, v katerem živimo (Švab in Rotar-Pavlič, 2012). Najpomembnejši vpliv imajo starši (življenjski slog in obnašanje), družinske razmere, naše socialno okolje, močan vpliv imajo izobraževanje, zdravstveno varstvo ter drugi socialni in okoljski dejavniki. V zdravstvu se najbolj osredotočamo na telesno dejavnost, obvladovanje stresa, prehrano in obvladovanje uporabe drog (tobak, alkohol, ilegalne droge). V prispevku se bomo osredotočili na telesno dejavnost in telesni fitness, ki sta najpomembnejša dejavnika za vzpostavitev in vzdrževanje zdravega življenjskega sloga in posledično pomenita zmanjševanje tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, za kar imamo številne dokaze v znanstveni literaturi.

V zagotavljanju osnovnih informacij o telesnem fitnessu so ključnega pomena (Starc idr., 2016) »raznovrstno urejene podatkovne zbirke o telesnem in gibalnem razvoju (SLOfit) otrok in mladine vseh starostnih skupin, ki ustvarjajo zelo dobre pogoje za izdelavo poglobljenih analiz znotraj posameznih telesnih značilnosti in gibalnih sposobnosti, hkrati pa omogočajo izdelavo regijskih, nacionalnih in mednarodnih primerjav, analiziranje vzrokov za nastale pojave ter omogočajo izdelavo ustreznih strateških usmeritev in izdelavo programskih podlag za izvedbo konkretnih programov, ki bi lahko zagotovili kakovostnejši razvoj otrok in mladine in posledično tudi višjo kakovost njihovega življenja.«

Tega se zavedamo tudi v ambulanti Arcus Medici v Žireh. Tako je analiza telesnega fitnessa otrok in mladine v občini Žiri eden od osnovnih diagnostičnih kazalnikov za pripravo strategije zdravstvene preventive za vse paciente.

Preventivna zdravstvena dejavnost v osnovnem zdravstvu in vloga SLOfit ter kineziologov in profesorjev športne vzgoje

Zdravstveni dom je kot organizacijska oblika v našem okolju prisoten že od časov pred 2. svetovno vojno; prvi zdravstveni dom v Sloveniji je bil ustanovljen v Lukovici leta 1924 (Zupanič Slavec, 2011), za kar je zaslužen Andrija Štampar, ki je zagovarjal naslednje ideje: informiranje ljudi je pomembnejše od vsakega zakona; pomembno je pridobiti skupine ljudi iz skupnosti; javno zdravje je naloga vseh, ne le zdravnikov; zdravnik je socialni terapevt; individualni pristop ne prinese rezultatov; zdravnik ne sme biti ekonomsko odvisen od bolnikov; med socialno močnimi in šibkimi ne sme biti razlik; zdravnik mora iskati bolnike in ne obratno; zdravnik mora biti priljubljeni učitelj; javno zdravje je ekonomska in ne humanitarna kategorija; najpomembnejše mesto delovanja zdravnika so naselja, kjer ljudje živijo, in ne laboratorij ali ambulanta (Švab in Rotar-Pavlič, 2012). Namen tovrstne organizacijske oblike osnovnega zdravstva je bil vpeljati nov pristop na področju preventivne zdravstvene dejavnosti, usmeriti se k ljudem in pri obravnavi upoštevati lokalne navade in življenjsko okolje. Lahko bi rekli, da je ideja zdravstvenega doma, da s svojo dejavnostjo pokriva zdravstvene potrebe populacije od rojstva do smrti (Švab in Rotar-Pavlič, 2012). Temeljne ideje so praktično stoletje kasneje še vedno zelo aktualne in tudi vse pomembnejše konference so obravnavale primarno zdravstveno varstvo (Alma Ata, 1978; Ottawska deklaracija, 1986; Ljubljanska listina, 1996) (WHO, 1978; Voljč 2007; Catford, 2011) kot najvišjo prioriteto. Dandanes govorimo o skupnostnem pristopu, katerega značilnosti so: človek je uporabnik programa in ima status subjekta, sistem se prilagaja potrebam uporabnikov, poudarek je na spretnostih in kompetencah človeka, spoštovanje avtonomnosti posameznika, izvajanje storitev, ki sledijo potrebam ljudi, boljša dostopnost do programov, oblikovanih po potrebah ljudi, upoštevanje formalne in neformalne oblike pomoči, razvoj podpornih mrež in skupin za samopomoč (Krek, 2015).

Od druge polovice 20. stoletja, ko so bile ugotovljene povezave med pojavom kroničnih nenalezljivih bolezni (bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, debelosti ...) in elementi nezdravega

življenjskega sloga in je bila zdravstveno preventivna dejavnost prepoznana kot ključna za doseganje zdravja za vse, je slednja izredno napredovala in postaja vse kompleksnejša, kar opredeljujejo številne smernice na področju telesne dejavnosti (Ažman Juvan in Zupet, 2014; Bratina idr., 2011; Pescatello, Arena, Riebe in Thompson, 2014), prekomerne telesne mase (Jensen idr., 2014) in prehrane, če naštejemo samo najpomembnejše. Na voljo je vedno več strokovnih profilov, diagnostičnih in terapevtskih možnosti, kar terja spremembe v organizacijskem in strokovnem pristopu v osnovnem zdravstvu ter širši lokalni skupnosti (Strel idr., 2016).



Tabela 1.

Področja preventivnega zdravstvenega varstva, ki so v Sloveniji zagotovljena v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Strel idr., 2016)

| Populacijska skupina | Področje preventivnega zdravstvenega varstva |
|--|--|
| Ženske v rodnem obdobju | Reprodukтивно zdravstveno varstvo |
| Otroci od rojstva do dopolnjenega 6. leta starosti | Zdravstveno varstvo dojenčkov in otrok do dopolnjenega 6. leta starosti |
| Šolski otroci in mladina do dopolnjenega 19. leta starosti | Zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine do dopolnjenega 19. leta starosti |
| Študenti | Zdravstveno varstvo študentov |
| Otroci in mladina do dopolnjenega 19. leta starosti | Zobozdravstveno varstvo otrok in mladine |
| Odrasli v povezavi s preprečljivimi boleznimi | Zdravstveno varstvo odraslih v dejavnosti družinske medicine |
| Celotna populacija za specifična stanja | Zdravstveno varstvo za varovance, obravnavane v patronažnem varstvu |
| Vrhunski in perspektivni športniki | Zdravstveno varstvo športnikov |

Nosilec zdravstvene preventivne dejavnosti v osnovnem zdravstvu je specialist družinske medicine, h kateri pristopa interdisciplinarno in tako dolgoročno zagotavlja najboljše rezultate (Tulloch, Fortier in Hogg, 2006). Prednost pred ostalimi kliničnimi strokami ima v obravnavi bolnika v kontekstu posameznika, družine in okolja (Švab and Rotar-Pavlič 2012), neposrednem stiku, obravnavi velikega števila pacientov in mnenja, da so specialisti družinske medicine prvi in zanesljivi vir informacij o zdravem/dejavnem življenjskem slogu (Tulloch idr., 2006). Ob njem sta nosilca zdravstveno-preventivnih dejavnosti v osnovnem zdravstvu še specialist pediater in specialist ginekologije in porodništva; ti trije so pacientom tudi osebni zdravniki. To jim omogoča pogostejše stike (pacient v povprečju obišče družinskega zdravnika vsaj enkrat v petih letih (Bulc, 2006)), zaupen odnos in posledično enkratno možnost za podajanje jasnih nasvetov in sporočil za spremembo življenjskega sloga in obsega telesne dejavnosti/športne vadbe. Specialist družinske medicine in specialist pediater sta na področju zdravstveno-preventivne dejavnosti vodji interdisciplinarnih timov strokovnjakov (diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti, magistri kineziologije, psihologi, nutricionisti idr.), kar predstavlja osnovo za varno, kakovostno obravnavo ter postavlja temelje za spremljanje kratko-, srednje- in dolgoročne uspešnosti. Kineziolog in profesor športne vzgoje imata v interdisciplinarnem timu pomembno vlogo, ker imata osnovne informacije o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine (SLOfit), športni anamnezi, sodelujeta pri diagnostiki pacientov, analizi telesnega fitnesa otrok in mladine in sta najbolj pomembna člana tega interdisciplinarnega tima pri načrtovanju in realizaciji športnih programov preventivnega zdravstvenega programa, ko zasledujemo cilje izboljšanja telesnega fitnesa.

■ Organizacija preventivne zdravstvene dejavnosti

Preventivno zdravstveno dejavnost razdelimo glede na dejavnosti, vrsto pristopa in področje delovanja. Glede na dejavnosti jo delimo na štiri stopnje: primarno (promocija zdravja), sekundarno (zgodnja diagnostika in zdravljenje bolezni), terciarno (preprečevanje zapletov bolezni in zdravljenje), kvartarno (omejevanje nepotrebnih, pretiranih preiskav, intervencij in zdravljenja).

V zagotavljanju učinkovitega varovanja zdravja uporabljamo dva pristopa; prvi se osredotoča na ohranjanje in krepitev zdravja, drugi pa na povrnitev zdravja ali zmanjševanje posledic bolezni (Zaletel-Kragelj idr., 2007). Bistvo obeh pristopov predstavljajo dejavnosti preventivnega zdravstvenega varstva, in sicer z izvajanjem preventivnih pregledov ciljnih populacijskih skupin omogoča dejavni nadzor nad njihovim zdravjem, zgodnje odkrivanje oseb, ogroženih za razvoj bolezni, zgodnje odkrivanje oseb z že prisotnimi boleznimi in ustrezno ukrepanje, vključno s promocijo zdravja in zdravstveno-vzgojnimi delom (Zaletel-Kragelj idr., 2007)

■ Zdravstveni domovi in izvajanje preventivnih zdravstvenih dejavnosti

Zdravstveni domovi, katerih ustanovitelji so občine, so ustanovljeni z namenom, da njihova dejavnost pokriva zdravstvene potrebe

prebivalstva od rojstva do smrti. Zato so v zdravstvenih doma-vih organizirane številne zdravstvene dejavnosti, kot so: družinska medicina, zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine, nujna medicinska pomoč, patronažno varstvo, preventivno in kurativno zobozdravstvo, medicina dela, fizioterapija, laboratorijska in druga diagnostika. Zdravstveni dom zagotavlja tudi reševalno službo, če le-ta ni organizirana v bolnišnici. Zdravstveni dom lahko izvaja tudi specialistično ambulantno dejavnost. Poleg oskrbe bolnikov pa lahko izvaja zdravstveni dom tudi vlogo izobraževalne baze za učence in študente ter specializante (Švab in Rotar-Pavlič, 2012). Vseh dejavnosti nimajo vsi zdravstveni domovi, kar je povezano z geografsko lego in velikostjo ustanove.

Kot organizacijska oblika imajo na področju preventivnega zdravstvenega varstva osrednjo vlogo zdravstveni domovi, ki dejavno prevzemajo skrb za zdravje lokalnega prebivalstva s sočasnimi izvajanjem obeh preventivnih pristopov, tako populacijskega kot individualnega (Klančar, Švab in Kersnik, 2010).

Zaradi napredka na področju zdravstvene preventive in prepletanja kurativne ter preventivne zdravstvene dejavnosti je treba preventivno dejavnost poenotiti po principu skupnostnega pristopa (Krek, 2015) in zdravstveni dom odpreti v lokalno skupnost, kjer se povezuje z drugimi deležniki (šolstvo, šport, sociala). S tem namenom se uveljavlja nova organizacijska oblika v zdravstvenem domu, in sicer Center za krepitev zdravja. Center ima naloge na področju načrtovanja, priprave in nadzora nad izvedbo preventivne zdravstvene dejavnosti v zdravstvenem domu in lokalni skupnosti. Poleg tega Center za krepitev zdravja zbira podatke in posreduje informacije o stanju in uspešnosti izvajanja preventivnih zdravstvenih dejavnosti. Ideja za tovrstno obliko organiziranja preventivne zdravstvene dejavnosti je nastala v okviru projekta Skupaj za zdravje pod vodstvom Nacionalnega inštituta za javno zdravje. V Centru za krepitev zdravja se preventivno obravnava ogrožena in ranljiva populacija, ki gravitira k zdravstvenemu domu, vključno s populacijo koncesionarjev in ranljivih skupin v lokalni skupnosti. Center za krepitev zdravja je organiziran in deluje na način, da omogoča optimalno sodelovanje strokovnjakov znotraj zdravstva kot tudi povezovanje in vključevanje interdisciplinarnih strokovnjakov in institucij ter nevladnih organizacij iz lokalnega okolja.

V Centru za krepitev zdravja so pacienti deležni nemedikamentozne obravnave s področja telesne dejavnosti, prehrane, duševnega zdravja in odvisnosti od dovoljenih drog. Med interdisciplinarnimi strokovnjaki, ki imajo po našem mnenju posebno odgovorno delo, so kineziologi in profesorji športne vzgoje, ki posedujejo temeljna spoznanja o telesnem fitnesu otrok in mladine (SLOfit), poznajo športne vsebine, diagnostiko telesnega fitnesa in športnih znanj, načela obremenitve (kot enega ključnih dejavnikov uspešnosti vadbe), didaktiko športne vzgoje in športa.

■ Pogled iz prakse na zasnovano Centrov za krepitev zdravja

Zdravniki imajo pozitiven odnos in verjamejo, da je telesna oz. športna dejavnost eden od stebrov preventivne zdravstvene dejavnosti (Petrella in Wright, 2000), imajo možnost motivirati in dati jasne nasvete za spremembo življenjskega sloga, obsega telesne dejavnosti in športne vadbe, vendar tega rutinsko ne izvajajo zaradi sledečih razlogov (Worrall in Knight, 2011): pomanjkanja časa,

znanja in izobraževanja, ustrezne opreme ter vrednotenja svetovanja s strani plačnika zdravstvenih storitev.

S postavitvijo Centrov za krepitev zdravja se problem (ne) vključevanja zdravnikov ne rešuje, ampak njihovo vlogo v preventivni zdravstveni dejavnosti prevzemajo drugi zdravstveni profili (diplomirane medicinske sestre). Problem je tudi v strukturi intervencij na področju telesne dejavnosti, saj je program pripravljen po principu recepta za vadbo. Kot vemo, je največji izziv pri razvoju gibalnih sposobnosti in spremembi telesne sestave v tem, da ni mogoče linearno razvijati vseh gibalnih sposobnosti – ravnotežja, koordinacije gibanja, gibljivosti, mišične moči, hitrosti ter aerobne in anaerobne vzdržljivosti (Adamo, Prince, Tricco, Connor-Gorber in Tremblay, 2009). Nedorečena je tudi vloga kineziologa in profesorja športne vzgoje, ki sta strokovnjaka na področju telesne (konkizjske) priprave, športnega znanja (Strel idr., 2016).



Izhodišče za kakovostno izvedbo terapevtskih in vadbenih programov je v dobri diagnostiki telesnega fitnesa, katere ključni dejavnik, ki nam omogoča vpogled v telesni fitnes, je analiza telesnega in gibalnega razvoja s športnovzgojnim kartonom – SLOfit sistemom in dodatno opravljena diagnostika. V nadaljevanju opisana pilotna projekta (vrhniški in žirovski model) sta predloga reševanja oziroma nadgradnja preventivne zdravstvene obravnave s področja telesne dejavnosti. Sta odgovor na vedno zahtevnejšo interdisciplinarno obravnavo zdravstveno ogroženih pacientov in sledita usmeritvi nacionalne politike k razbremenitvi in okrepitevi vloge družinskih zdravnikov (Petrič in Žerdin, 2013).

■ Vrhniški model zdravstveno preventivne intervencije s področja telesne zmogljivosti

V letu 2014 in 2015 je v vrhniškem zdravstvenem domu v okviru preventivne zdravstvene dejavnosti delovala Svetovalnica za telesni in gibalni razvoj, v kateri so sodelovali specialist družinske medicine, kineziolog, športni pedagog in diplomirana medicinska sestra (Strel idr., 2016). Glavne naloge sodelavcev svetovalnice so bile: poglobljena obravnava pacienta s področja spremembe življenjskega sloga, s poudarkom na telesni zmogljivosti, diagnostika in spremljanje kazalnikov zdravja, telesnega in gibalnega razvoja, izdelava poročila in priporočil, namenjenih pacientu in osebnemu zdravniku po zaključenem intervencijskem programu, v okviru Centra za krepitev zdravja so strokovni sodelavci svetovalnice za-

dolženi za pripravo strategije, strokovnih izhodišč, usposabljanja za laično in strokovno javnost ter izvedbo intervencijskih programov s področja telesne dejavnosti in športne vadbe, strokovno podporo izvajalcem intervencijskih programov, vsebinsko sodelovanje in povezovanje v lokalni skupnosti (šole, vrtci, športna društva, zasebne športne prakse) ter nudenje strokovne pomoči pri oblikovanju in izvedbi programov za promocijo zdravega življenjskega sloga s poudarkom na telesni dejavnosti in športni vadbi. Ob tem sta bila postavljena naslednja cilja: a) razbremenitev in okrepitev vloge osebnega zdravnika; b) medpoklicno sodelovanje z namenom povečanja učinkovitosti intervencijskih programov in omogočiti kakovostnejšo obravnavo pacientov s končnim ciljem vzpostaviti mehanizem, v katerem bodo posamezniki skrbeli za ohranjanje in izboljševanje lastnega zdravja s pomočjo različnih strok, dejavnosti in materialnih možnosti (Strel idr., 2016).

V obravnavo so bili iz ambulant osebni zdravniki napoteni odrasli pacienti (med 30 in 65 let), ki so opravili preventivni pregled (nacionalni program primarne preventive bolezni srca in ožilja) in so imeli izražene dejavnike tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni, in sicer prekomerno telesno maso, nezdrav/medejen življenjski slog, kronično mišično-skeletna obolenja. V svetovalnici je bila opravljena dodatna diagnostika za opredelitev telesnega fitnesa (Strel idr., 2016).

Druga populacijska skupina so bili šoloobvezni otroci od 2. do 9. razreda osnovne šole, za katere so šolski zdravniki na preventivnih pregledih ocenili, da imajo ali slabo telesno držo in/ali prekomerno telesno maso. Istočasno so v osnovni šoli športni pedagogi na podlagi rezultatov športnovzgojnega kartona – SLOfit sistema (Kovač, Jurak, Starc, Leskošek in Strel, 2011) prav tako identificirali otroke, ki so imeli slab telesni fitnes. Obe skupini smo združili in posameznike skupaj s starši povabili v svetovalnico za telesni in gibalni razvoj. V svetovalnici je sledil usmerjen klinični pregled zdravnika in intervju s kineziologom.



Ocena telesnega fitnesa je bila pomembna pri odločitvi za tip intervencije s področja telesne ali športne dejavnosti, saj je bil pacient lahko napoten na vadbo v športno društvo, lahko je prejel individualna navodila ali bil napoten v terapevtske vadbe. Ocena telesnega fitnesa je služila tudi za razvrstitev v vadbene skupine v programu terapevtske vadbe. Tako je bilo mogoče oblikovati homogene vadbene skupine, kar je zagotavljalo bolj varno in kakovostno izvedbo programa. Terapevtske programe sta izvajala diplomant kineziologije za odrasle paciente in profesor športne

vzgoje za deklice in dečke. Za odrasle paciente je vadba potekala 3 mesece in je imela 24 vadbenih enot, za deklice in dečke je potekala 6 mesecev in je obsegala 48 vadbenih enot, dvakrat tedensko po 60 minut na posamezno vadbeno enoto. Občasno so bile za pediatrično populacijo organizirane tudi delavnice na temo zdravega življenjskega sloga.

■ Rezultati

V projekt je bilo vključenih 33 odraslih oseb in 30 otrok. Zaključna diagnostika pacientov, ki so končali vadbene programe in terapevtsko vadbo, je bila opravljena za 30 učencev in učenk ter 33 odraslih pacientov. Pri odraslih in otrocih je prišlo do pomembnih pozitivnih sprememb na področju telesne sestave: manjša kožna guba nadlahti, manjši obseg pasu, zmanjšanje trenda pridobivanja telesne mase (otroci), na področju telesnega fitnesa je prišlo do izboljšanja gibljivosti v frontalni ravnini, povečanje mišične moči rok in nog ter izboljšanje koordinacije in ravnotežja. Pri odraslih je bilo zaznati trend boljše urejenosti arterijske hipertenzije in sladkorne bolezni.

■ Žirovski model zdravstveno preventivne intervencije s področja telesne zmogljivosti

V letu 2017 se je na podlagi izkušenj vrhniškega modela začel oblikovati nov model, ki ne vključuje svetovalnice kot veznega člana med ambulantami osebnih zdravnikov, ampak družinski zdravnik v okviru razširjenega tima družinskega zdravnika (Eržen, Čuš in Vračko, 2017) diagnostiko in napotitve izvajajo sami v sodelovanju s kineziologom in profesorji športne vzgoje v zdravstvenem timu. Model organizacije znotraj zdravstvenega tima je prilagojen lokalnim razmeram, saj so v Žireh prisotni trije družinski zdravniki in pediater, ki so koncesionarji. To pomeni, da ne gre za organizacijo po principu zdravstvenega doma, ampak za organizacijsko ločene strokovnjake.

Diagnostični postopki temeljijo na enakem principu kot pri vrhniškem modelu, vendar je prišlo do določenih sprememb na področju ocene telesnega fitnesa. Dobre izkušnje z uporabnostjo podatkov športnovzgojnega kartona – SLOfit sistema, ki so za osnovno presejanje posameznikov s težavami na področju telesnega fitnesa dovolj občutljivi in specifični, so privedle do modifikacije v Žirfit karton, ki je namenjen populaciji, starejši od 30 let. Izločeni so bili nekateri testi pri določenih pacientih (npr. dviganje trupa, vesa v zgibi, tek na 600 m, skok v daljino z mesta, poligon nazaj, merjenje kožne gube), ki niso primerni za starejše posameznike. Dodali smo nekaj novih testov: ročni stisk dinamometra, diagonalni dotik roke, vzročenje ob steni, čep ob steni, vstajanje s stola, vstani in pojdi (starejši od 70 let). Tako smo pokrili osnovne sestavine telesnega fitnesa (Strel idr., 2016), kot so aerobna zmogljivost, koordinacija gibanja, ravnotežje, gibljivost in moč. Sklop testnih nalog je prilagojen izvajanju tako na javnih dogodkih, kot je vsakoletni Žirfit (<https://arcusmedici.si/analiza-rezultatov-zirfita/>), in v ambulanti družinskega zdravnika. Cilj je, da z omenjenim sklopom testov presejemo populacijo občine Žiri glede telesnega fitnesa in identificiramo ogrožene posameznike. Podatkovna zbirka bi lahko služila tudi za oblikovanje referenčnih vrednosti za določanje stopnje ogroženosti odrasle populacije.



■ Pomen SLOfit sistema – športnovzgojnega kartona pri identifikaciji in spremljanju učinkov zdravstveno preventivnih intervencij s področja telesne zmogljivosti

Presejanje telesne zmogljivosti bo v prihodnosti ena od ključnih dejavnosti na področju zdravstvene preventive, saj je telesni fitnes pomemben pri zagotavljanju zdravega življenjskega sloga (Strel idr., 2016). Pomembno je, da se izkoristi že obstoječe zbirke podatkov (SLOfit) in vpeljane dobre prakse, ki so v slovenskem prostoru že uveljavljene, imajo visoko napovedno vrednost in omogočajo spremljanje telesnega razvoja in učinkov preventivnih ukrepov. Dober primer je športnovzgojni karton – SLOfit sistem, ki zagotavlja populacijske podatke in zagotavlja predvsem longitudinalno analizo tudi za več kot deset let. Vzporedno pa zbirka SLOfit omogoča identifikacijo težav telesnega fitnesa pri odraslih pacientih, ki imajo svojo lastno zbirko telesnega in gibalnega razvoja še iz obdobja obiskovanja osnovne in srednje šole. Pogled v zgodovino telesne zmogljivosti pacienta je lahko dobra iztočnica za oceno pojavov kroničnih obolenj, vzporedno pa predstavlja izhodišče za načrtovanje in izvedbo ustreznih preventivnih programov tako s področja telesnega fitnesa, kot tudi pri posegih na kurativnem in preventivnem področju. Pacienti – starši, ki imajo podatke o oseb-

nem športnem kartonu, pa lahko skupaj z zdravnikom predvidijo določene probleme telesnega fitnesa tudi za svojega otroka, predvsem takrat, ko lahko sklepamo, da težave telesnega in gibalnega razvoja izvirajo iz dednostnih dejavnikov.



Premostiti bo treba komunikacijske ovire med zdravstvom, šolstvom in športom. Ena od rešitev bi lahko bil projekt Moj SLOfit (<http://www.slofit.org/>), kjer je staršem, učiteljem in zdravnikom omogočen vpogled v rezultate telesnega fitnesa osnovnošolskih otrok prek spletne aplikacije. Organizacijske rešitve po zgledu vrhniškega in žirovskega modela so dodana vrednost Centrom za krepitev zdravja ter primer interdisciplinarne obravnave in povezovanja lokalnega okolja na področju zdravstvene preventive. Pri tem so za področje telesnega fitnesa ključne rešitve, ki jih omogoča uporaba rezultatov SLOfit in Žirfit sistema.

Literatura

- Adamo, K. B., Prince, S. A., Tricco, A. C., Connor-Gorber, S. in Tremblay, M. (2009). A comparison of indirect versus direct measures for assessing physical activity in the pediatric population: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(1), 2–27.
- Bratina, N., Hadžić, V., Battelino, T., Pistotnik, B., Pori, M., Šajber, D., ... Dervišević, E. (2011). Slovenian guidelines for physical activity in children and adolescents in the age group 2–18 years. *Zdravniški Vestnik*, 80(12), 885–896.
- Bulc, M. (2006). Attitudes of Slovenian general practice trainers to the implementation of preventive activities. *Zdravstveno varstvo*, 45(2), 81–89.
- Catford, J. (2011). *Ottawa 1986: back to the future*. Oxford University Press.
- Eržen, J. G., Čuš, B. in Vračko, P. (2017) 1.4 Referenčne ambulante družinske medicine – opis projekta. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., Donati, K. A., Kushner, R. F. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25), 2985–3023.
- Juvan, K. A. in Zupet, P. (2015). Priporočila za preventivne preglede srčno-žilnega sistema pri odraslih rekreativnih športnikih. *Zdravniški vestnik*, 83(12), 839–848.
- Klančar, D., Švab, I. in Kersnik, J. (2010). Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 49, 37–43.
- Kovač, M., Jurak, G., Starc, G., Leskošek, B. in Strel, J. (2011). *Športnovzgojni karton: diagnostika in ovrednotenje telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Krek M. (2015). *Skupnostni pristop obrobne skupine*, prosojnice (elektronski vir). Koper: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Območna enota Koper. Pridobljeno iz <http://czr.si/files/milan-krek.pptx>.
- Mišigoj - Duraković, M. (ur.). (2003). *Telesna vadba in zdravje: znanstveni dokazi, stališča in priporočila*. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport, Zavod za šport Slovenije; Zagreb: Kineziološka fakulteta.
- Pescatello, L. S. in D. Riebe. (2013). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Ninth Edition—A Preview, Baltimore, Md: Lippincott, Williams, and Wilkins.
- Petrella, R. J. in Lattanzio, C. N. (2002). Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. *Canadian family physician*, 48(1), 72–80.
- Petrella, R. J. in Wight, D. (2000). An office-based instrument for exercise counseling and prescription in primary care. The Step Test Exercise Prescription (STEP). *Archives of Family Medicine*, 9(4), 339–344. doi: 10.1001/archfami.9.4.339
- Petrič, D. in Žerdin, M. (2013). *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji – področji ambulante splošne oziroma družinske medicine (SADM) in pediatrije na primarni ravni (PED)*. Republika Slovenija: Ministrstvo za zdravje, Direktorat za zdravstveno varstvo. Pridobljeno iz http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/javna_mreza_primarne_zdravstvene_dejavnosti/
- Skupaj za zdravje: *delovni sklop 2*. (2015). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Strel, J., Jurak G., Starc, G. in Strel, J. (2016). Telesni fitnes v funkciji zdravja. V J. Strel, G. Mišič, J. Strel in T. Glažar (ur.), *Telesna zmogljivost za boljše zdravje in počutje: vloga osnovnega zdravstva in lokalne skupnosti pri zagotavljanju ustrezne telesne zmogljivosti po vrhniškem modelu* (str. 63–106). Logatec: Zavod Fitlab.
- Starc, G., Kovač, M., Leskošek, B., Sorič, M., in Jurak, G. (2016). *SLOfit 2016 – letno poročilo o telesnem in gibalnem razvoju otrok in mladine slovenskih osnovnih in srednjih šol v šolskem letu 2016/2017*. Ljubljana: Fakulteta za šport.
- Švab, I. in D. Rotar-Pavlič (2012). *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenskega zdravniškega društva.
- Tulloch, H., Fortier, M. in Hogg, W. (2006). Physical activity counseling in primary care: who has and who should be counseling? *Patient Education and Counseling*, 64(1), 6–20.
- Voljč, B. (2007). Načela Ljubljanske listine in stališča Svetovne zdravstvene organizacije v zdravstvenem varstvu starejših ljudi. *Kakovostna starost*, 4(10), 2–8.
- World health organization (1978). *Declaration of Alma Ata*. International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978.
- Worrall, G. in Knight, J. (2011). Continuity of care is good for elderly people with diabetes: retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician*, 57(1), 16–20.
- Zaletel-Kragelj, L., Eržen, I. in Premik, M. (2007). Javno zdravje, medicina in javnozdravstvena medicina, *Uvod v javno zdravje* (str. 1–41). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta – Katedra za javno zdravje.
- Zdravje 2020: temeljna evropska izhodišča za vsevladno in vsedružno akcijo za zdravje in blagostanje*. (2014). Ljubljana: Urad Svetovne zdravstvene organizacije v Sloveniji.
- Zupanič Slavec, Z. (2011). Ivo Pirc. V I. Grdina (ur.), *Med domom in svetom* (str. 211–222). Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.

Jaka Strel,
Arcus Medici,
Žiri,
jaka.strel@fitlab.si